

Miesalkoholistien kuolleisuus laitoshoidon jälkeen

Tulokset kahdenkymmenenneljän vuoden seurannasta

PEKKA SAARNIO

Johdanto

Alkoholin käytön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset seuraukset ovat moninaisia, negatiivisia ja positiivisia (Edwards & al. 1996; Seppä & al. 2010). Ratkaisevia seikkoja ovat kulutustaso ja käyttötapa: sekä pitkäaikainen, runsas juominen että suurten annosten kertakäyttö ovat uhka ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle. Väestötason tutkimukset ovat osoittaneet suurkulttuurin kasvattavan kuolemanriskiä (Klatsky & al. 1992; Rehm & al. 2003; Shaper 1990). Alkoholi-kuolemia ei esiinny tasaisesti koko väestössä, vaan ne ovat yleisempiä miehillä ja alemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla (Herttua 2010; Mäkelä 1999).

Alkoholistien kuolleisuus on huomattavan korkea. Se on eri tutkimusten mukaan 2–9,5-kertainen muuhun väestöön verrattuna (Finney & Moos 1991; Nicholls & al. 1974; Pell & D'Alonzo 1973; Saarnio & Mäkelä 1997; Schmidt & de Lint 1972; Storbjörk & Ullman 2012). Tutkimustulosten vaihtelu selittyy asetelmien, menetelmien ja populaatioiden eroilla. Kuolinsyiden suhteen tulokset ovat pitkälti olleet yhteneväisiä: yleisimpiä syitä ovat maksakirroosi, tapaturma, myrkytys, itsemurha ja väkivalta.

Suomalaisten alkoholistien kuolleisuutta on tutkittu yllättävän vähän. Tutkimuskohteena ovat pääasiassa olleet alkoholipsykoosin takia psykiatriseen sairaalahoitoon joutuneet henkilöt. Kalle Achtén ja kumppaneiden (1969) tutkimuksessa selvitettiin Helsingissä vuosina 1930, 1950 ja 1960 alkoholipsykoosin takia hoidettavana olleiden potilaiden (n = 136, 133 ja 116) kuolleisuutta. Potilaista menehtyi viiden vuoden

seuranta-aikana 20, 18 ja 23 prosenttia.

Toisessa, pelkästään miespuolisia alkoholipsykoosipotilaita (n = 210) koskevassa tutkimuksessa (Lehtonen 1996) seurannan pituus oli keskimäärin 14 vuotta. Yli kaksi viidennestä (44 %) potilaista menehtyi. Sekä Achtén ja kumppaneiden (1969) että Lehtosen (1996) aineistot olivat kuitenkin rajattuja siinä mielessä, että läheskään kaikki alkoholistit eivät sairastu alkoholipsykosiin. Tämän vuoksi niiden tuloksiin on suhtauduttava vastaavin varauksin.

John Finneyn ja Rudolf Moosin (1991) katsauksessa, jossa ovat mukana 1980-luvun puoliväliin mennessä julkaistut ulkomaiset tutkimukset, alkoholistien kuolleisuus päihdehoidon jälkeen oli 15 ja 42 prosentin välillä. Seurantojen vaihteluväli oli 8–20 vuotta, ja kuolleisuus pääsääntöisesti kasvoi ajan myötä. Uudemmissa tutkimuksissa on päädytty samantapaisiin tuloksiin (Liskow & al. 2000; Mann & al. 2005; Saleva & al. 2012).

Tähän mennessä kaiketi pisin päihdehoidon jälkeistä kuolleisuutta koskeva seuranta (n = 500) kesti 39 vuotta (Costello 2006). Peräti 90 prosenttia tutkimushenkilöistä menehtyi sen aikana, tosin he olivat olleet keskimäärin jo 47-vuotiaita hoitoon tullessaankin. Kuolleisuuden painopiste oli seurannan alkuvaiheessa: puolet kuolemista sattui ensimmäisen kymmenen vuoden aikana.

Alkoholistien kuolleisuutta koskevien tutkimusten keskinäistä vertailua vaikeuttaa yhteismitattomuus. Asetelmien, menetelmien ja tutkimushenkilöiden välillä on nimittäin ollut suuria eroja. Yhtä kaikki alkoholistien kuolleisuus on kasvanut seurannan pituuden lisääntyessä. Tämä voi tuntua triviaalilta tulokselta. Kuolleisuuden

kasvu on kuitenkin ollut sekä määrällisesti että laadullisesti omaa luokkaansa verrattuna muuhun väestöön.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää laitospäihdehoidossa olleiden miesalkoholistien kuolleisuutta. Seurannan pituus oli 24 vuotta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimushenkilöt (n = 175) olivat Lammin huoltolassa heinäkuun 1987 ja toukokuun 1988 välisenä aikana hoidettuja miesalkoholisteja, jotka olivat alun perin mukana Pekka Saarnion (1990) väitöstutkimuksessa (n = 179). Neljä tutkimushenkilöä jätettiin seurannan ulkopuolelle. Heistä yhden henkilötunnusta ei onnistuttu selvittämään. Kolme henkilöä esiintyi aineistossa kahden kertaan.

Tutkimushenkilöiden valinnassa käytettiin aikoinaan seuraavia kriteerejä: 1) ongelmallinen alkoholin käyttö, 2) sukupuoli mies, 3) ikä 20–50 vuotta, 4) ei aivovammaa, aivokasvainta tai muuta orgaanista keskushermoston sairautta eikä sellaista psyykkistä häiriötä, joka vaikuttaa oleellisesti suoritustasoon, 5) viimeinen juomisajankohta tiedossa, 6) ei psykelääkkeiden käyttöä ja 7) normaali näkö ja kuulo. Valintakriteerien käyttö liittyi kognitiivisten toimintojen tutkimiseen, jolla oli keskeinen rooli väitöstutkimuksessa.

Seurannan kuluessa ei kerätty muuta aineistoa kuin kuolleisuutta koskevia rekisteritietoja. Tutkimushenkilöiden demografiset ja juomahistoriatiedot ennen seurantaa on esitetty taulukossa 1.

Suurin osa tutkimushenkilöistä oli ammatiltaan työntekijöitä. Heille oli ominaista voimakas sosiaalinen syrjäytyminen; keskeiset syrjäytymisalueet olivat asuminen, koulutus, perheyhteys ja työelämä. Short Michigan Alcoholism Screening Testin (Selzer & al. 1975) korkea pistemäärä ja ongelmajuomisen pitkäkestoisuus olivat osoitus vaikeista alkoholiongelmistä. Lisäksi huomattavalla osalla tutkimushenkilöistä oli kognitiivisia häiriöitä ja puutteita selviytymiskeinojen käytössä, jotka todennäköisesti vaikeuttivat heidän suoriutumistaan arkielämässä (Saarnio 1990).

Näiden tietojen perusteella voidaan arvioida, että valintakriteerien käyttö ei oleellisesti vaikuttanut siihen, kuinka hyvin tutkimushenkilöt

Taulukko 1. Tutkimushenkilöiden (n = 175) demografisia ja juomahistoriatietoja seurannan alussa. Sarakkeissa muuttujan keskiarvo ja keskihajonta tai prosenttijakauma.

	m	sd	%
Ikä (v)	37,0	7,0	
Siviilisäät			
Naimaton			44,6
Avoliitto			9,1
Avoliitto			13,1
Asumusero			2,3
Eronnut			30,9
Sosioekonominen asema			
Työntekijä			93,7
Alempi toimihenkilö			4,0
Yrittäjä			2,3
Koulutus			
Perusaste			60,6
Alempi keskiaste			33,1
Ylempi keskiaste			4,0
Alin korkea-aste			1,7
Korkeakoulu			0,6
Työssäolo			
Työssä			18,9
Työtön			72,5
Eläkkeellä			8,6
Asuminen			
Oma asunto			20,0
Vuokra-asunto			50,3
Asuntola			5,7
Asunnoton			24,0
Ongelmajuomisen kesto (v)	10,9	6,3	
Short Michigan Alcoholism Screening Test (0–13)*	10,2	2,2	

* Sulkeissa pistemäärän mahdollinen vaihteluväli.

edustivat silloista laitoshoitopopulaatiota. Laitoshoidon asiakaskunnassa on sittemmin tapahtunut merkittäviä muutoksia, minkä vuoksi nuo tiedot eivät vastaa nykyistä tilannetta (Saarnio & Knuuttila 2001). On myös huomattava, että laitoksissa hoidettavat alkoholistit ovat vain pieni osa kaikista alkoholin ongelmakäyttäjistä.

Tutkimushenkilöiden kuolleisuutta koskevat tiedot saatiin Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä. Rekisteritiedot ulottuivat vuoden 2011 loppuun asti, joten seurannan pituudeksi tuli 24 vuotta. Seurannan tekemiseen saatiin lupa Mainiemen kuntoutumiskeskuksesta (ent. Lammin huoltola) ja Tilastokeskuksesta.

Seurannan keskiössä oleva jaottelu alkoholi-kuolleisuus / muu kuolleisuus johdettiin kuolintodistuksista. Alkoholisti johtuva kuolleisuus sisältää kahdentyyppisiä kuolemia. Ensinnäkin ne tapaukset, joiden peruskuolinsyyssä mainittiin alkoholi (esim. alkoholista johtuva maksakirroosi tai alkoholimyrkytys). Toiseksi mukaan laskettiin kuolemat, joissa vähintään yhdessä myötävaikuttavassa kuolinsyyssä mainittiin alkoholi (esim. alkoholismi tai alkoholipäihtymys). Kaikki muut kuolemat sisällytettiin muuhun kuolleisuuteen.

Toinen keskeinen jaottelu eli sairauskuolleisuus/elämäntapakuolleisuus johdettiin niin ikään kuolintodistuksista. Sairauskuolleisuus pitää sisällään laajan kirjon sairauksia, jotka olivat yleensä vaatineet kehittyäkseen pidemmän ajan. Elämäntapaan liittyvä kuolleisuus puolestaan oli seurausta tapaturmista, myrkytyksistä, itsemurhasta ja henkirikoksista. Myös epäselvät kuolinsyyt lisättiin tähän luokkaan. Näiden tapausten osalta ei kuolinsyyn selvittämisessä voitu olla varmoja, oliko kyseessä itsemurha vai tapaturma.

Alkoholikuolleisuuden osalta on muistettava, että sen todellinen määrä lienee ollut suurempi, mitä kuolintodistukset antoivat ymmärtää. Kuolemansyyn selvittäminen on hyvinkin voinut sisältää II tyypin erhetä eli tunnistamatta jääneitä alkoholikuolemia. Tämä koskee erityisesti sairauksista johtuvaa alkoholikuolleisuutta, mihin on kiinnitetty huomiota myös ulkomaisessa tutkimuksessa (Miller 1999).

Tulokset

Tutkimushenkilöistä (n = 175) kuoli seurannan kuluessa 115 (66 %). Kolme neljäsosaa kuolemista (74 %) liittyi kuolintodistusten mukaan tavalla tai toisella alkoholiin. Kuolinsyitä koskevat luokitellut tiedot on esitetty taulukossa 2.

Sairauskuolleisuuden osuus (47 %) oli hie-
man alle puolet kaikista kuolemista. Yleisin yksittäinen sairauskuoleman syy oli maksakirroosi. Sydänkuolemissa oli tavallisesti kyse sydänlihasrappemasta tai infarktista. Syövän alkuperäi-

Taulukko 2. Kuolleiden tutkimushenkilöiden (n = 115) kuolinsyyluokittaiset jakaumat.

	n	%
Maksasairaus	9	7,8
Sydänsairaus	15	13,0
Syöpä	12	10,4
Muu sairaus	18	15,7
Tapaturma	22	19,2
Myrkytys	19	16,5
Itsemurha	13	11,3
Henkirikos	4	3,5
Epäselvä syy	3	2,6
Yhteensä	115	100

nen esiintymispaikka oli usein suussa, ruuansulatuselimistössä tai keuhkoissa. Muiden sairauksien luokka sisältää sekalaisen joukon kuolinsyitä, joista keuhkohtaumatauti oli yleisin.

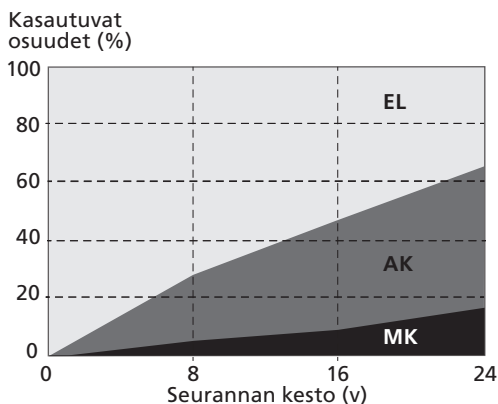
Elämäntapaan liittyvien kuolinsyiden osuus (53 %) oli suurempi kuin sairaussyiden osuus. Tapaturmat koostuivat lähinnä kaatumisista, paleltumisista, hukkumisista ja ruokaan tukehtumisista. Myrkytyskuolemien syinä olivat alkoholin lisäksi myös erilaiset korvikkeet ja lääkkeet. Itsemurhat toteutettiin tavallisesti joko hirttäytymällä tai junan eteen heittäytymällä. Henkirikokset puolestaan olivat seurausta humalaisten keskinäisestä välien selvittelystä.

Seurantajakso jaettiin kuolleisuuskehityksen tarkastelemiseksi kolmeen kahdeksan vuoden periodiin (kuvio 1). Alkoholikuolleisuus ja muu kuolleisuus esitetään kuviossa erikseen. Kuolleisuus kasvoi tasaisesti seurannan edetessä, joskin siinä on kaksi painopistettä: alkoholikuolleisuus oli suurimmillaan ensimmäisen, muu kuolleisuus puolestaan kolmannen seuranta-
periodin aikana. Nämä seikat tulevat paremmin esille tarkasteltaessa kummankin kuolleisuuslajin prosentuaalisia osuuksia periodeittain (kuvio 2).

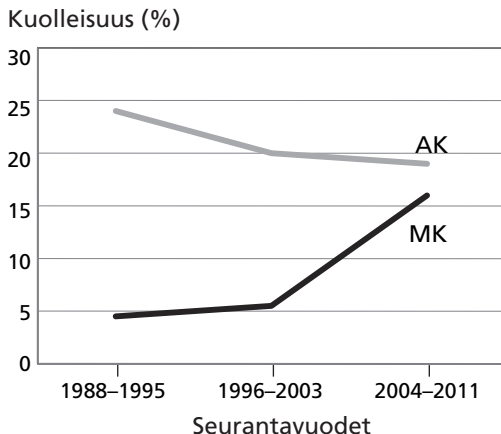
Sairauskuolleisuuden ja elämäntapaan liittyvän kuolleisuuden välisessä suhteessa tapahtui niin ikään muutoksia seurannan edetessä (kuvio 3). Kun edellisen osuus kasvoi, niin jälkimmäisen osuus taas pieneni seurannan loppua kohti.

Tämän jälkeen selvitettiin, onko kuolleisuudella yhteyttä seurannan alussa kerättyihin demografisiin ja juomahistoriatietoihin. Kyseessä oli puhtaasti eksploratiivinen analyysi – halut-

Kuvio 1. Elossa olleiden tutkimushenkilöiden (n = 60), alkoholikuolleisuuden (n = 85) ja muun kuolleisuuden (n = 30) kasautuvat prosenttija-kaumat kahdeksan vuoden välein.



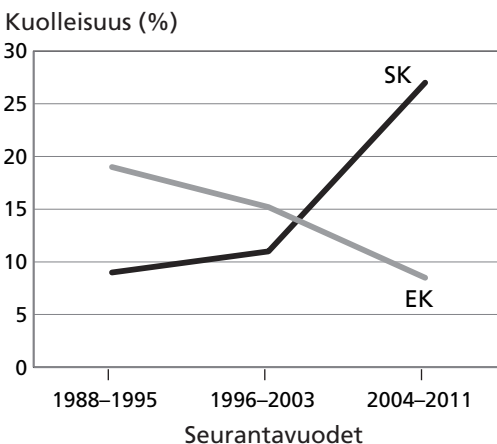
Kuvio 2. Alkoholikuolleisuuden (n = 85) ja muun kuolleisuuden (n = 30) prosenttiosuudet kahdeksan vuoden välein. Kuolleiden osuudet laskettiin kunkin periodin alussa elossa olleiden tutkimushenkilöiden määristä. Alkoholikuolleisuuden ja muun kuolleisuuden välillä oli Kruskal-Wallis testin mukaan merkitsevä ero periodeittain ($\chi^2_2 = 9,3$; $p = 0,01$).



tiin siis tarkistaa, onko silloisilla tiedoilla merkitystä kuolleisuuden kannalta.

Jos lasketaan pois tutkimushenkilön ikä, jonka positiivinen yhteys kuolleisuuteen on itsestään selvää, tarkastelun kohteena olevista muuttujista ainoastaan siviilisäädylä oli merkitsevä yhteys kuolleisuuteen (taulukko 3). Avioliiton päättymisen näyttää olevan alkoholisteille hengenvaarallista, sillä yli neljä viidesosaa eronneista tai asumerossa olleista tutkimushenkilöistä oli kuol-

Kuvio 3. Sairauskuolleisuuden (n = 54) ja elämäntapaan liittyvän kuolleisuuden (n = 61) prosenttiosuudet kahdeksan vuoden välein. Kuolleiden osuudet laskettiin kunkin periodin alussa elossa olleiden tutkimushenkilöiden määristä. Sairauskuolleisuuden ja elämäntapakuolleisuuden välillä oli Kruskal-Wallis testin mukaan merkitsevä ero periodeittain ($\chi^2_2 = 15,9$; $p = 0,000$).



lut seurannan aikana, mikä poikkesi oleellisesti sekä parisuhteessa olleiden että naimattomien henkilöiden kuolleisuudesta.

Tässä on kuitenkin huomioitava ryhmien väliset ikäerot: naimattomat ($m = 32,9$; $sd = 6,5$) olivat noin kahdeksan vuotta nuorempia kuin parisuhteessa olleet ($m = 40,5$; $sd = 5,5$) ja eronneet ($m = 40,0$; $sd = 5,6$). Niinpä tarkastelua jatkettiin logistisella regressioanalyysillä, jossa kuolleisuuden selittäjiksi asetettiin siviilisäätö ja ikä. Tulosten mukaan sekä siviilisäädyn ($W_2 = 7,4$; $p = 0,02$) että iän ($W_1 = 11,1$; $p = 0,001$) vaikutus oli merkitsevä. Tehtiin myös toinen, muutoin samanlainen analyysi, mutta siitä poistettiin naimattomat henkilöt: siviilisäätö ($W_1 = 6,6$; $p = 0,01$) ja ikä ($W_1 = 1,7$; $p = 0,18$). Siviilisäädylä oli näiden analyysien perusteella oma, iästä riippumaton merkitsevä vaikutus kuolleisuuteen.

Väitöstutkimuksessa (Saarnio 1990) oli käytössä myös joukko kognitiivisia testejä, joista David Wechslerin (1971) testistöön kuuluva kuutiotehtävä erotteli merkitsevästi ($t_{95} = 2,3$; $p = 0,01$) parisuhteessa olleet ($m = 33,9$; $sd = 6,7$) ja eronneet ($m = 30,0$; $sd = 8,7$). Kyseessä ovat kuutiotehtävän raakapistemäärät. Kuutiotehtävä on yksi parhaista g-tekijästä, eli yleistä älykkyyttä, mittaavista testeistä. Arthur Jensenin (1998) kat-

Taulukko 3. Tutkimushenkilöiden (n = 175) kuolleisuuden ja siviilisäädyn välinen yhteys. Taulukon solujen välillä oli χ^2 -testin mukaan merkitsevä ero ($\chi^2_2 = 14,2$; $p = 0,001$).

	Elossa		Kuollut		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Naimaton	36	46	42	54	78	100
Avioliitto tai avoliitto	15	38	24	62	39	100
Eronnut tai asumusero	9	15	49	85	58	100

sauksen mukaan g-tekijä on väestötasolla yhteydessä muun muassa terveyteen ja kuolleisuuteen.

Short Michigan Alcoholism Screening Testin (Selzer & al. 1975) mukaan parisuhteessa olleiden tutkimushenkilöiden alkoholin käyttö oli ennen hoitoa ollut vähemmän haitallista kuin eronneilla: edellisten pistemäärä ($m = 9,4$; $sd = 2,8$) oli merkitsevästi ($t_{95} = -3,5$; $p = 0,001$) alhaisempi kuin jälkimmäisten ($m = 11,0$; $sd = 1,6$).

Pohdinta

Tutkimushenkilöistä ($n = 175$) kuoli 24 vuoden seurannan aikana 115 (66 %). Suurin osa (74 %) kuolemista liittyi tavalla tai toisella alkoholiin. Alkoholikuolleisuus pysyi korkealla tasolla koko seurannan ajan. Muu kuin alkoholikuolleisuus oli seurannan alkuvaiheessa verrattain vähäistä, mutta se lisääntyi seurannan viimeisellä kolmanneksella.

Hieman yli puolet kuolemista johtui elämäntapaan liittyvistä syistä eli tapaturmista, myrkytyksistä, itsemurhasta ja henkirikoksista. Nämä kuolinsyyt kuitenkin vähenivät ja sairauskuolleisuus puolestaan lisääntyi seurannan loppua kohti. Eronneiden tai asumuserossa olleiden tutkimushenkilöiden kuolleisuus oli huomattavasti korkeampi verrattuna parisuhteessa olleiden kuolleisuuteen. Kyseiset kaksi ryhmää poikkesivat merkitsevästi toisistaan myös kognitiivisten taitojen ja alkoholin käytön haitallisuuden osalta.

Aineiston koko oli kansainvälisessä katsannossa verrattain pieni, mutta meillä sitä voitaneen pitää kohtuullisena. Tuloksille ei ole kotimaista vertailukohdetta, koska tšekäläiset seurannat ovat olleet huomattavasti lyhyempiä ja rajatumpia. Muualla tehtyjen tutkimusten mukaan alkoholistien kuolleisuus kasvaa nopeammin muuhun väestöön verrattuna. Alkoholistien kuolleisuuden tähänastinen huippu lienee ollut Raymond Cos-

tellon (2006) tutkimuksessa, jossa vain kymmenen prosenttia tutkimushenkilöistä oli elossa 39 seurantavuoden jälkeen.

Costellon tutkimus on mielenkiintoinen myös siksi, että siinä tuli esille kaksi samanlaista trendiä kuin tässä tutkimuksessa. Elämäntapaan liittyvä kuolleisuus oli kummassakin tutkimuksessa korkeimmillaan välittömästi hoidon päättymistä seuranneina vuosina, kunnes se kääntyi laskuun. Sairauskuolleisuus sen sijaan oli aluksi verrattain vähäistä, mutta sen osuus kasvoi seurannan loppua kohti.

Korkea elämäntapakuolleisuus kohta hoidon päättymisen jälkeen liittyy suureen aktiviteettiin sekä kulkemisessa, kontakteissa että juomisessa. Tekeväälle tunnetusti sattuu. Tämä aktiviteetti sitten heikkenee iän lisääntyessä ja jaksamisen vähentyessä. Alkoholismien aktiivisimmasta vaiheesta selviytyneitä odottavat kuitenkin kasautuvat haitat. Krooniset alkoholisairaudet tulevat tässä vaiheessa kuvaan mukaan, mikä näkyy myös sairauskuolleisuuden kasvuna.

Tutkijat ovat tavallisesti kiinnostuneita negatiivisista ilmiöistä: päihdehoidon keskeyttämisestä, retkahduksista, kuolleisuudesta ja niin edelleen. Pitäisi kuitenkin tutkia myös onnistumisia. Mihin mahtoi perustua tässä seurannassa eloon jääneiden selviytyminen? Valitettavasti tämä kysymys jää vaille vastausta – se olisi edellyttänyt kontaktia tutkimushenkilöihin seurannan aikana. Myöhempi yhteydenpito ei kuulunut tutkimushenkilöiden aikoinaan antamaan suostumukseen.

Erityisen mielenkiintoista olisi ollut tietää, moniko tutkimushenkilö lopetti alkoholin käytön, missä vaiheessa ja millaisin keinoin. George Vaillant (2003) maineikas, kuudenkymmenen vuoden taakse ulottuva seurantatutkimus, jonka tutkimushenkilöt koostuivat kahdesta yhteisöpohjaisesta otoksesta, osoitti useimpien vanhuksikään päässeiden alkoholistien panneen hyvissä

ajoin ”korkin pulloon”. Ongelmajuomisen jatkaminen oli yhteydessä korkeaan kuolleisuuteen.

Tässä tutkimuksessa ei myöskään verrattu alkoholistien ja muun väestön kuolleisuutta. Tämä oli perusteltavissa kahdella seikalla. Muuttujien vakiointia hyödyntävä vertailu olisi tuskin tuottanut uutta tietoa; alkoholistien kuolleisuus tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella moninkertaiseksi muuhun väestöön verrattuna. Varsinaisen vertailuryhmän muodostaminen olisi puolestaan ollut pulmallista. Mistä löytää verrokkeja, jotka olisivat alkoholistista juomista lukuun ottamatta yhtä lailla syrjäytyneitä kuin tutkimushenkilöt?

Voidaanko sitten alkoholistien kuolleisuuteen vaikuttaa yhteiskuntapolitiisilla ja hoidollisilla toimenpiteillä? Tämän seurannan tutkimushenkilöt olivat kaikkein huono-osaisimpia alkoholisteja, joilla on päihderiippuvuuden hoidon lisäksi tarvetta monitahoiseen lääkinälliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen tukeen. Eritoten tulisi tavoitteeksi asettaa pitkäkestoinen hoitoseuranta (McKay & Hiller-Sturmhöfel 2011). Ihmisten pitäminen hengissä vastoin heidän omia pyrkimyksiään ei kuitenkaan ole mahdollista.

Sosiaalisella verkostolla tiedetään olevan keskeinen rooli päihdeongelmista selviytymisessä

(Longabaugh & al. 2010). Seurantatulosten mukaan parisuhteen päättymisen lisäksi alkoholistien muutenkin korkeaa kuolleisuutta. Samanlainen yhteys on havaittu ulkomaisissa tutkimuksissa paitsi alkoholisteilla (Miller 1999) myös väestötasolla (Blomgren & al. 2012). Parisuhteen pysyvyys on monitahoinen sekundaarinen indikaattori, jossa yhdistyy psyykkiseen toimintakykyyn, päihteiden käyttöön ja elämäntapaan liittyviä tekijöitä.

Parisuhteen luominen ja ystävien hankkiminen eivät kuulu ammattiavun keinovalikoimaan. Päihteettömän sosiaalisen verkoston rakentaminen on kaiken kaikkiaan vaikea tehtävä. Se ei kuitenkaan ole mahdotonta, kuten esimerkiksi oma-apuryhmien toiminta osoittaa (Kelly & al. 2009).

Totesin väitökseni aikaisessa haastattelussa miltei neljännesvuosisata sitten, että ”alkoholistien hoito ei saa perustua toiveajatteluun”. Kyseessä olivat samat tutkimushenkilöt, kuitenkin sillä erotuksella, että suurin osa nykyisistä vainajista oli silloin vielä elossa. Tarkoitin ”toiveajattelulla” sitä, että on turha luulla muutaman viikon pituisen laitoshoidojakson muuttavan heidän elämänsä suuntaa. Onnistumiset tällä saralla ovat seurausta pitkistä muutosprosesseista.

KIRJALLISUUS

- Achté, K. & Seppälä, K. & Ginman, L. & Colliander, N.: *Alcoholic psychoses in Finland*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1969.
- Blomgren, J. & Martikainen, P. & Grundy, E. & Koskinen, S.: Marital history 1971–91 and mortality 1991–2004 in England & Wales and Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66 (2012): 30–36.
- Costello, R.: Long-term mortality from alcoholism: A descriptive analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 67 (2006): 694–699.
- Edwards, G. & Anderson, P. & Babor, T. & Casswell, S. & Ferrence, R. & Giesbrecht, N. & al.: *Alkoholipolitiikka ja yhteinen hyvä*. Helsinki: Edita, 1996.
- Finney, J. & Moos, R.: The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol* 52 (1991): 44–54.
- Herttua, K.: The effects of the 2004 reduction in the price of alcohol on alcohol-related harm in Fin-

- land. A natural experiment based on register data. Helsinki: Population Research Institute, 2010.
- Jensen, A.: *The g factor: The science of mental ability*. Westport: Praeger, 1998.
- Kelly, J. & Magill, M. & Stout, R.: How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory* 17 (2009): 236–259.
- Klatsky, A. & Armstrong, M. & Friedman, G.: Alcohol and mortality. *Annals of Internal Medicine* 117 (1992): 646–654.
- Lehtonen, M.-L.: *Alkoholipsykoosipotilaan ennuste*. Seurantatutkimus alkoholipsykoosiin sairastuneista miehistä. Acta Universitatis Tamperensis, ser. A, vol. 513. Tampere: Tampereen yliopisto, 1996.
- Liskow, B. & Powell, B. & Penick, E. & Nickel, E. & Wallace, D. & Landon, J. & al.: Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. *Journal of Studies on Alcohol* 61 (2000): 853–861.
- Longabaugh, R. & Wirtz, P. & Zywiak, W. &

- O'Malley, S.: Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 71 (2010): 837–846.
- Mann, K. & Schäfer, D. & Längle, G. & Ackermann, K. & Croissant, B.: The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Addiction* 100 (2005): 797–805.
- McKay, J. & Hiller-Sturmhöfel, S.: Treating alcoholism as a chronic disease. Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research & Health* 33 (2011): 356–370.
- Miller, N.: Mortality risks in alcoholism and effects of abstinence and addiction treatment. *Psychiatric Clinics in North America* 22 (1999): 371–383.
- Mäkelä, P.: Alkoholiin liittyvät kuolemat. Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. *Stakesin tutkimuksia* 105/1999. Helsinki: Stakes, 1999.
- Nicholls, P. & Edwards, G. & Kyle, E.: Alcoholics admitted to four hospitals in England: II. General and cause-specific mortality. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 35 (1974): 841–855.
- Pell, S. & D'Alonzo, C.: A five-year mortality study of alcoholics. *Journal of Occupational Medicine* 15 (1973): 120–125.
- Rehm, J. & Gmel, G. & Sempos, C. & Trevisan, M.: Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research & Health* 27 (2003): 39–51.
- Saarnio, P.: Alkoholistien hoidon ja kuntoutuksen peruslähtökohtia. Tutkimus huoltola-asiakkaiden kognitiivisista toiminnoista, sosiaalisesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista. Helsingin yliopiston sosiaalipoliittikan laitoksen tutkimuksia 2/1990. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1990.
- Saarnio, P. & Knuuttila, V.: Päihdehuollon laitostuntoutusasiakkaan muuttuva kuva. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 38 (2001): 274–278.
- Saarnio, P. & Mäkelä, P.: Tutkimus alkoholistien kuolleisuudesta. *Alkoholipoliittikka* 62 (1997): 344–349.
- Saleva, C. & Bardazzi, G. & Masala, G. & Quartini, A. & Ceroti, M. & Iozzi, A. & al.: General and cancer mortality in a large cohort of Italian alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 36 (2012): 342–350.
- Schmidt, W. & de Lint, J.: Causes of death of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 33 (1972): 171–185.
- Selzer, M. & Vinokur, A. & van Rooijen, L.: A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 36 (1975): 117–126.
- Seppä, K. & Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.): *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 2010.
- Shaper, A.: Alcohol and mortality: A review of prospective studies. *British Journal of Addiction* 85 (1990): 837–847.
- Storbjörk, J. & Ullman, S.: A prospective study of mortality up to eight years after starting treatment for alcohol and drug problems in Stockholm County: 2000–2008. *Addiction Research & Theory* 20 (2012): 402–413.
- Vaillant, G.: A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 98 (2003): 1043–1051.
- Wechsler, D.: *WAIS-käsikirja*. Wechslerin aikuisten älykkyyssasteikko. Helsinki: Psykologien Kustannus, 1971.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Saarnio: Mortality in male alcoholics after inpatient treatment. Results of a 24-year follow-up (Miesalkoholistien kuolleisuus laitoshoidon jälkeen. Tulokset kahdenkymmenenneljän vuoden seurannasta)

This study investigated the mortality of male alcoholics (n = 175) after inpatient treatment for substance abuse. The follow-up period was 24 years. According to the results 115 (66%) subjects died during the follow-up. Three-quarters (74%) of these deaths were related to alcohol in one way or another. Alcohol-related mortality remained high throughout the follow-up. Other than alcohol-related mortality

was initially quite low, but increased during the last third of the follow-up. Just over half of all deaths were caused by accidents, poisonings, suicides or homicides. This type of lifestyle-related mortality was at its highest during the first third of the follow-up period, and then fell steadily. Morbidity-related mortality, on the other hand, jumped sharply in the last third. Mortality among subjects living as couple at the start of the follow-up was lower than among those who had divorced. These two groups also differed significantly in terms of their cognitive skills and the detrimental effects of alcohol use.

Keywords: alcoholics, mortality, follow-up study